FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1882

OPERAŢIA LUI LERICHE

(SYMPATECTOMIA PERIARTERIALĂ)

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la 4 Decembrie 1922

DE

CONSTANTIN I. MANEA

BUCUREŞTI

TIP. „CULTURA NEAMULUI ROMÂNESC", SOC. ANONIMĂ
Strada Lipscanii-Noi No. 12.

1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1882

OPERAŢIA LUI LERICHE

(SYMPATECTOMIA PERIARTERIALĂ)

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la.....Decembrie 1922

DE

CONSTANTIN I. MANEA

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MED. [illegible] BUCUREŞTI BIBLIOTECA CENTRALĂ Inv. Nr. 472.900

BUCUREŞTI

TIP. „CULTURA NEAMULUI ROMÂNESC", SOC. ANONIMĂ
Strada Lipscanii-Noi No. 12.

1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: Domnul Profesor Dr. THOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurghicală	D-l Dr. *Anghelescu C.*
Chimia medicală	„ „ *Athanasescu N.*
Clinica chirurghicală infantilă și ortopedie	„ „ *Bălăcescu I.*
Anatomia patologică	„ „ *Babeș V.*
Bacteriologia și patologia experimentală	
Medicina experimentală	„ „ *Cantacuzino I.*
Clinica Gineco ogică	„ „ *Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „ *Danielopol D.*
Anatomia topografică	„ „ *Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„ „ *Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „ *Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I	„ „ *Ionescu Th.*
Clinica I-a chirurgicală	
Clinica III-a medicală	„ „ *Ionescu D.*
Clinica III-a chirurghicală	„ „ *Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „ *Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „ *Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „ *Mețianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „ *Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „ *Minovici Șt.*
Clinica infantilă	„ „ *Manicatide M.*
Igiena și politia sanitară	„ „ *Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „ *Minovici D.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „ *Manolescu D.*
Clinica II-a medicală	„ „ *Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „ *Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „ *Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „ *Paulescu N.*
Patologia generală	„ „ *Proca Gh.*
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „ *Rainer Gh.*
Zoologia medicală	„ „ *Shleanu St.*
Botanica medicală	„ „ *Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „ *Thomescu I. Th.*
Terapeutica experimentală	„ „ *Theohari A.*
Analiza alimentelor și băuturilor	„ „ *Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAȚI:

Istologia normală și Istogeneza	D-l Dr. *Besnea St.*
Medicină operatoare	„ „ *Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte: **D-l Profesor Dr. IONESCU THOMA**

Membrii: **D-l Profesor Dr. Constantinescu C.**
„ Conferențiar Dr. Butoianu M.

Suplinitor: **D-l Docent Dr. Marinescu G.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Domnișoarei Fifi Genazzini

▫ ▫

In semn de nefărmurită
dragoste și profund respect.

PREFAȚĂ

Chirurgia din ultimii ani are tendința de a utiliza și aplica în mod rațional învățămintele trase de pe urma războiului. Constatăm o orientare netă către perfecționarea tehnicei, o adaptare din ce în ce mai complectă a actului chirurgical, progresului științelor biologice, un studiu mai științific al condițiilor de operabilitate, de îngrijiri pre și postoperatorii.

Subiectul lucrării de față este rezultatul adaptării cunoștințelor de fiziologie și cercetărilor de chirurgie experimentală făcută de către Profesorul Leriche dela Facultatea de Medicină din Lyon, unde se găsește singura catedră de acest fel.

De unde înainte se credea că denudarea unei artere pe o distanță mai mare de 1 c. m. duce la necrosă, Leriche a arătat că se pot denuda arterele pe întinderi de 10—15 c.m. fără nici un inconvenient, ceva mai mult, această denudare a tecei vasculare, care conține fibre sympatice, și pe care a numit-o sympatectomie periarterială, are efecte terapeutice foarte bune în unele afecțiuni față de care medicii și chirurgii erau dezarmați.

Operația lui Leriche este corolarul firese al înmulțirii datelor de fiziologie a sympaticului și a numeroase intervenții făcute în alte afecțiuni în care rolul sistemului sympatic era indiscutabil.

Chirurgia română poate revindeca cu drept cuvânt onoarea de a fi protagonista stabilirii raporturilor

dintre chirurgie în genere şi sistemul neuro-glandular al vieţii vegetative.

De mult D-l Profesor Dr. Toma Ionescu a înţeles binefacerile, cari ar putea să rezulte din intervenţia asupra sympaticului la o serie de bolnavi ale căror tulburări îi sugerase o concepţie patogenică nouă şi pe care aveau să o confirme rezultatele operatorii obţinute prin procedeele D-sale. In adevăr, angina de piept, epilepsia, glaucomul afecţiuni în care D-sa a intervenit cu folos pentru bolnavi, constitue dovada peremtorie de rolul ce-l joacă sympaticul în geneza unor tulburări, şi un îndemn spre noi cercetări.

Pentru onoarea ce-mi face primind să prezideze această teză, îl rog să primească respectuoasele mele omagii.

Domnilor Profesori ai Facultăţi de Medicină şi Juriului meu de promoţie le mulţumesc cu recunoştinţă.

Graţie d-lui Medic General Dr. M. Butoianu, Conferenţiar la Facultatea de Medicină, am avut posibilitatea să urmăresc deaproape în serviciul D-sale dela spitalul Militar. R. E. câteva cazuri foarte interesante în care s'a practicat operaţia lui Leriche. Tot în serviciul D-sale am privit în ultimii ani primele îndrumări în cariera chirurgicală. Nu voi uita niciodată spiritul larg de adâncă bunătate cu care am fost primit. In sufletul meu imagina D-sale simbol al bunătăţii şi al muncii conştiincioase va fi întotdeauna pentru mine un imbold în viitor. Îi voiu păstra o veşnică recunoştinţă.

D-l Dr. P. Topa, care cu atâta bunăvoinţă s'a pus la dispoziţia tuturor studenţilor pentru ai ajuta în prepararea diferitelor lucrări de medicină, mi-a inspirat şi mie; prin interesanta d-sale comunicare la Societatea de Chirurgie din Bucureşti, subiectul lucrări de faţă. Mulţumindu-i din suflet pentru

prețioasele d-sale îndrumări îl asigur de profunda mea admirație.

D-lui Medic Căp. Dr. C. Stoian, secundarul serviciului I chirurgical dela Spitalul Militar R. E., îi aduc mulțumirile mele pentru dragostea ce mi-a arătat întotdeauna la dobândirea cunoștințelor mele de chirurgie.

Din primi ani de studii păstrez o frumoasă amintire d-lui Medic Maior Dr. V. Sârbulescu care mi-a sădit în suflet o profundă dragoste pentru chirurgie.

OPERAȚIA LUI LERICHE

(Sympatectomia periarterială)

INTRODUCERE

Cercetările și experiențele făcute de diferiți fiziologiști, clinicieni și chirurgi în ultimii ani și cu deosebire în timpul marelui război, au adus în discuție probleme importante relativ la rolul atât de însemnat pe care îl prezintă sistemul marelui sympatic, în viața individului, precum și tulburările lui, ca factor etiologic în diferite boli și sindroame.

Toate aceste studii au făcut ca științele medicale să cucerească nou teren într'o chestiune care părea de nepătruns. Un pas făcut pe această cale este incontestabil un mare profit pentru medicină și chirurgie în special.

In adevăr, care ar fi boala în care sistemul sympatic să nu-și aibă rolul său?

El regulează viața organelor și a țesuturilor. Ca sistem regulator al vaso-motricității, el are rol în variația presiunii arteriale ca și în variațiunile vaso-motrice locale cu toate consecințele ei.

Pentru *internist* sistemul sympatic are importanță prin rolul ce-l joacă ca factor regulator în diferitele funcțiuni ale organelor corpului omenesc, ca de ex. în producerea dispneei, în patologia aparatului digestiv, circulator, boli infecțioase, toxice, diatezice, etc.

Tot atât de mare importanță are el pentru *chirurgi*. Nervii și glandele produc atâtea afecțiuni pe care azi chirurgii le tratează prin intervenții asupra lor. Este destul să citez intervențiile chirurgicale preconizate de d-l Prof. Toma Ionescu în: angina de piept, gușa exoftalmică, glaucom, epilepsie, precum și în afecțiunile digestive; apoi operațiile școalei din Lyon în diferitele stări patologice, în tecile sympatice periarteriale care formează și subiectul acestei lucrări.

Toate acestea arată că sistemul sympatic prezintă un mare interes din punct de vedere *operator și clinic* pentru chirurg.

Dacă până azi nu se știe încă cu precizie acțiunea și reacțiunile nervoase ale sympaticului asupra viscerilor și glandelor endocrine de care este atât de strâns legat, dacă explicarea atâtor fenomene în această chestiune este încă în domeniul ipotezelor, cred totuși că viitorul, prin munca oamenilor de știință va rezolva și aceste importante probleme de fizo-patologie.

CAP. I.

Istoric.

Influența sympaticului asupra nutriției țesuturilor era cunoscută în vechime. La 1772 *Pourfour du Petit* a recunoscut existența turburărilor trofice cari apar în urma secțiunii sympaticului cervical. *Winslov* descrie *trei* nervi sympatici: Marele, mijlociul și micul (facialul din clasificația modernă).

Mai târziu genialul *Xavier Bichat* în principalele sale lucrări formulează teorii asupra sympaticului cari cu ușoare corectări, fac bazele cunoștințelor noastre de azi asupra acestei chestiuni.

Bichat afirmă o independență fiziologică și reciprocă, absolută între sistemul organo-vegetativ și cel de relațiune. Această independență după noile cercetări se vede că este numai relativă și mai mult aparentă decât reală. Clasificația sa asupra sistemelor nervoase, ganglionare, a căror totalitate constitue sistemul nervos al vieții organo-vegetative, este neprecisă.

Ajungem la marele fiziologist *Claude Bernard*, adică la epoca fiziologică. El a arătat rolul sympaticului ca modificator al metabolismului țesuturilor în secrețiunea glandulară, vaso-motricitate, thermogeneză, etc.

La 1872, *Brown Sequard* a precizat aceste fapte arătând că de partea unde a fost secționat sympaticul cervical, tonusul muscular este mărit excitabilitatea galvanică de asemenea, putrefacția cadaverică întârziată. *Bider* arată existența modificărilor în aspectul pielei în urma secționării sympaticului cervical. *Golz* și *Müller* prin experiențele lor au arătat autonomia relativă a ganglionilor sympatici.

Ajungem la epoca fizio-chimică, opera fiziologiștilor englezi *Langley* și *Gaskell* cari arată antagonismul fiziologie și farmacologic al sympaticului propriu-zis (toraco-bombar) și sistemul sympatic cranian (pneumogastric), precum și rapoartele lui fiziologice cu glandele cu secreție internă.

Arloing arată că după patru până la șase săptămâni dela secțiunea sympaticului, se găsesc modificări ale tegumentelor cari se traduc prin uscarea pielei, cu descuamație și modificări histologice în celule, papile și în stratul granulos.

Tzekanovitch arată că deși există o irigație arterială provenită prin vazo-dilatație în secțiunea fibrelor sympatice, totuș se produce o atrofie celulară.

Din toate aceste fapte macroscopice și micros-

copice rezultă că sympaticul joacă un rol mare în metabolismul celular, fapt de o deosebită importanţă din punct de vedere clinic.

S'a observat deasemenea că dacă fibrele nervoase mielinizate se regenerează, teaca lor de mielină se reconstitue foarte încet, şi că reintoarcerea funcţiunii se face înaintea mielinizării fibrelor.

Pe aceste fapte şi constatări s'a bazat chirurgia modernă şi în special şcoala lyoneză în cap cu profesorul *Leriche*, care prin rezecţia nervilor organo-vegetativi din teaca vaselor, a preconizat o nouă metodă terapeutică în diverse stări patologice, după cum voiu arăta în lucrarea de faţă.

Consideraţiuni generale asupra antomo-fiziologiei sistemului nervos al vieţii vegetative.

Ca şi la sistemul nervos al vieţii de relaţiune, deosebim şi la sistemul nervos al vieţii vegetative următoarele trei grupe anatomice.

Centrii superiori cari se găsesc în hemisferele cerebrale şi în straturile optice, fără a avea totuş o topografie precisă. Aceşti centrii sunt în relaţie şi se influenţează reciproc.

Centrii axiali aşezaţi în sistemul cerebro-spinal, divizaţi în centri motori şi senzitivi.

Sistemul ganglionar şi fibrele nervoase periferice. Asupra acestei din urmă grupe anatomice voiu insista mai mult, fiind în legătură cu subiectul lucrării mele.

Totalitatea sistemului nervos al vieţii vegetative se împarte în *trei* sub sisteme principale: cranian, toraco-bombar şi pelvian. In teritoriul lor există atât în viscere cât şi în ţesuturile neviscerale, aparate locale formate din ţesut nervos şi ţesut embrionar specializat sau ţesut nodal. La aceste sisteme cel chimic glandular îşi asociază funcţiunile pentru

că împreună să prezide la conducerea și regularea mecanismului vieții.

Ganglionii sistemului nervos al vieții vegetative se împart în:

a) Ganglionii lanțului lateral așezați de fiecare parte a rachisului.

b) Ganglionii splachnici situați în mod neregulat între viscere și rachis.

c) Ganglionii parenchimatoși conținuți în pereții viscerilor.

Fibrele nervoase pre-ganglionare cari vin dela nucleii axiali ajungând la ganglionii lanțului lateral, unele se articulează cu neuronii post-ganglionari (sinapsă) iar altele continuă drumul pentru a ajunge la ganglionii splachnici sau parenchimatoși.

Fibrele postganglionare (după sinapsă) pornesc din ganglionii lanțului lateral, întâlnesc nervii mixti rachidieni spre a se distribui cu ei la periferie prin numeroase fascicule constituind teritoriul somatic al sympaticului toraco-lombar.

Fibrele sympatice vaso-motrice merg în teaca vaselor. *H. Meige* a observat că dacă denudam o arteră de aceste fibre sympatice vaso-motrice se produc tulburări circulatorii în tot teritoriul vasului denudat, tulburări pe cari le vom vedea și pe care se bazează chirurgia sympaticului periferic.

Din punct de vedere fiziologic, porțiunea de emergență toraco-lombară a sistemului nervos organo-vegetativ, are o semnificație și o funcțiune de ordin foarte general, pe când porțiunea de emergență craniană și pelviană au funcțiuni mai mult de ordin visceral. Deaceia din prima porțiune (toraco-lombară) pleacă numeroase fibre la cea craniană și pelviană și le asociază.

Există un antagonism funcțional, farmaco-dinamic și metabolic între aceste sisteme.

Sympaticul propriu zis sau toraco-lombar este

accelerator al cordului, pecând cel cranio-pelvian *(parasympaticul) este inhibitor*. Pentru unul atropina este excitant, iar pentru celălalt este paralizant! Tot astfel adrenalina, tyroidina şi alte substanţe farmacologice. Din cunoaşterea acestor fapte experimentale putem trage foloase clinice de mare interes din punct de vedere terapeutic în diversele sindroame ca: sympatecotonia, hiper simpatecotonia şi parasimpatecotonia, etc. asupra cărora nu este locul să insist mai mult. Trebue să spun totuşi că sympaticul propriu zis (toraco-lombar este destructorul rezervelor celulare şi producătorul energiei cinetice, exagerând metabolismul, din care cauză fiziologistul *Gasskel* îl numeşte catabolic, iar nervii săi excito-motori, *catabolici* (militanţi).

Celălalt grup. parasimpaticul este depozitar de rezerve şi are funcţiunea de reparaţie, de reconstrucţie celulară, corespunzând perioadelor de oprire ale catabolismului. Gasskel l-a numit *anaboltc*, iar nervii săi inhibitori, anabolici (pacifişti).

Rolul sistemului sympatic în stările patologice.

In ultimul timp s'a dovedit că marile funcţiuni de constituţie ale individului din punct de vedere morfologic şi psichic, precum şi sănătatea lui generală sunt sub dependenţa absolută a funcţionării normale a sistemului sympatic glandular al vieţii vegetative. Buna desvoltare a organismului, creşterea lui normală sau anomaliile acestei creşteri ca: gigantism, nanism, slăbire sau obesitate, adipoza localizată, etc., sunt sub dependenţa absolută a sănătăţii sau boalei acestui sistem.

Studiile tulburărilor sistemului sympatic şi glandular, deschide un nou câmp de cercetare în domeniul psichologiei şi a boalelor mintale. Multe din tulburările psichice (psichozele) sunt datorite

şi explicate de tulburările funcţionale ale glandelor endocrine.

Rolul lui în stările toxi-infecţioase este covârşitor. Indicaţiile date de anatomia patologică, arată că toxemia atinge înainte de toate sistemul sympatic propriu zis în stările toxi-infecţioase şi de rezistenţa lui depinde scăparea de boală. Analiza fenomenelor morţii arată că aceasta, ori care ar fi cauza ei, este semnalată printr'o oprire cardio-respiratoare. Analiza fizo-patologică şi experimentală arată importanţa bulbului şi a inervaţii. viscerale născută din el, în mecanismul morţii. Excitaţia violentă a bulbului şi vagului, directă sau reflexă dă moartea imediată. Depresiunea bruscă a sympaticului, datorită toxinei, produce un desechilibru cu preponderarea vagului care duce la oprirea cardio respiratoare în expiraţie,

Bouchard defineşte astfei boalele diatezice: *„Tulburări permanente de incitaţie nutritivă care prepară; provoacă şi întreţin maladii, diferite ca forme simtomatice, ca sediul anatomic şi ca proces patologic"*, definiţie necontestată până azi. Aceste tulburări sunt datorite sistemului sympatic neuro-glandular căci el prezidă fenomenele de nutriţie şi deci rolul lui în boalele diatezice este evident. Alte afecţiuni ca de exemplu: angina de piept, sunt datorite numai leziunilor sale etc.

Din cele spuse se vede rolul mare ce-l prezintă sistemul sympatic al vieţii vegetative şi cât folos ar aduce cunoaşterea amănunţită a tuturor tulburărilor pe care le produce organismului, precum şi mijloacele terapeutice. Pentru realizarea acestui ideal al medicinei viitoare, chirurgii depun toată munca şi inteligenţa lor alături de medici şi fiziologişti.

CAP. II

Chirurgia sympaticului

In urma a numeroase observaţiuni clinice şi experienţe de fiziologie, chirurgii încă de multă vreme au căutat să execute operaţiuni pe sistemul sympatic al vieţii organo-vegetative cu scop terapeutic, în diverse boli şi sindrome produse de tulburările lui. Prima operaţiune cunoscută asupra *sympaticului periarterial a fost făcută* de *Jaboulay* în 1889.

Chirurgia românească în frunte cu d-l *Prof. Dr. Toma Ionescu* a repurtat numeroase succese, preconizând intervenţii asupra sympaticului cervical în diferite afecţiuni ca: guşa exoftalmică, epilepsia nevralgiile faciale, migrena, angina de piept etc. Mai în urmă d-sa a intervenit chiar în afecţiunile aparatului degestiv, prin rezecţia unor ramuri ale nervului vag şi asupra ganglionilor soleari. In timpul marelui război, profesorul *Leriche* dela facultatea de medicină din Lyon, a avut inspiraţia să rezece fibrele sympatice din teaca arterelor (denudarea vasului) în sindromul cauzalgic. Rezultatele terapeutice excelente obţinute prin sympatectomia periarterială, a făcut pe profesorul Leriche şi pe alţi chirurgi din Franţa şi de la noi să aplice această metodă, perfecţionând-o, în numeroase cazuri de *cauzalgie*. Ţinând seamă de principiul pe care se bazează această operaţie. Leriche şi alţi chirurgi au aplicat-o şi în alte afecţiuni în care fenomenele de vaso-motricitate sunt factorul primordial.

La noi în ţară d-l *Prof. Toma Ionescu* a comunicat la Societatea de Chirurgie din Bucureşti, trei cazuri în care a făcut sympatectomia periarterială dintre care unul de cauzalgie tip. *Wier-Mitchell* în urma unei gangrene a degetului mare dela picior şi celelalte două pentru ulceraţii trofice. D-l *Dr.*

Ion Jianu la spitalul din Cernăuți a făcut încă de acum doi ani sympatectomia perifemurală într'un caz de gangrenă uscată și în alte cazuri de ulcere varicoase, într'unul aplicând o grefă totalcutantă în locul ulcerului excizat, cu rezultat bun. D-șa a mai făcut operația lui Leriche, cu titlul de operație complimentară pentru amputația economică, în cinci cazuri de gangrenă prin obliterație arterială (v, obs. n. 15. In acelaș timp d-l *General Dr. Butoianu* în Spitalul Militar „Regina Elisabeta" a practicat operația lui Leriche la un soldat ce prezenta cauzalgie tip, cu rezultat bun. In ultimul timp a aplica această metodă într'un caz de gangrenă prin obliterație arterială, precum și în diferite cazuri cu leziuni tofice (v. obs. n. 6). *D-l Dr. Topa* chirurg la Spitalul Colentina s'a folosit tot de această metodă în numeroase cazuri de leziuni trofice cu rezultate frumoase. Ceva mai mult, a aplicat *operația lui Leriche* într'un caz de ulcer al cardiei inoperabil prin alte metode, cu rezultat bun. (vezi observ n. 14.

Din cele arătate să vede cum chirurgia sympaticului caută să se întindă spre ramificațiunile viscerale și vasculare ale acestui sistem.

Presupunem în general că variațiunile în regimul circulator al unei glande poate să producă modificațiuni secretorii. Astfel Leriche într'un caz de sympatectomie peri-tyroidiană superioară unilaterală a cauzat dimiunarea volumului lobului corespondent *Latarjet* a studiat enervația stomacului și într'o serie de experiențe a căutat să precizeze efectele consecutive excitațiilor și secțiunilor diferitelor pedicule nervoase ale stomacului.

Dl. Dr. I. Jianu credè că extirparea sympaticului perivascular având nu numai un efect cicatrizant prin creșterea aportului sanguin, dar și un rol analgezic crede că s'ar putea încerca cu efecte

terapeutice bune în visceralgii și durerile fulgurante tabetice ale membrelor inferioare.

Operația lui Leriche a dat loc la discuțiuni mai ales la Societatea de chirurgie din Paris și aproape toți câți au practicat-o, sunt foarte mulțumiți de rezultatele obținute. A fost aplicată pentru afecțiuni foarte variate, dar cele mai bune rezultate s'au obținut în tulburările trofice și în durerile cauzalgice.

Etiologie și anatomo-patologie

Sindromul sympaticului periarterial este datorit excitații sympaticului periferic și poate fi cauzat fie printr'o cauză directă, exemplu: un traumatism; fie printr'o cauză indirectă cum ar fi o stare infecțioasă sau reflexe variate.

Consecința acestora este apariția tulburărilor circulatorii.

Când sistemul sympatic este interesat, observăm aceleași semne cari traduc reacția fiziologică caracteristică (ischemia dureroasă și vaso-dilatația de întoarcere).

Tulburările de sensibilitate de obicei ne dau tipul dureros (arsuri, înțepături, cauzalgie). Fenomenele motorii (redoare, contractură) pot fi interpretate fie ca rezultat al unei tulburări, fie ca o consecință a unei acțiuni directe a sympaticului asupra tonusului muscular. Modificările glandulare (sudoare uscăciunea pielii) sunt în general asociate acestor tulburări, același lucru putând spune asupra tulburărilor trofice, pentru care traumatismul joacă un rol important. În fine putem observa fenomene vaso-motorii (cianoză, edem) independente de orice obliterație arterială sau venoasă.

Aceste diferite tulburări se unesc printr'un punct comun: ele manifestează absența oricărei leziuni

anatomice a diferitelor sisteme interesate și a vaselor însăși, un schimb circulatoriu, ele fiind de altfel lipsite de o topografie sistematizată.

Din punct de vedere anatomo-patologic, patologia sympaticului este încă la început și nu putem afirma cu preciziune o demonstrație suficientă a leziunilor observate.

În unele cazuri ca în sindromul cauzalgic, nu găsim nici o leziune vasculară sau nervoasă. Leziunea cauzală este la distanță de vase, dar desigur a existat la început o infiltrație sanguină, care dat fiind bogăția de terminațiuni nervoase sympatice în mușchi, a produs o perturbație vaso-motrice gravă, care a realizat acest sindrom. Mai este posibil ca tulburarea vaso-motrice să fie o consecință a unui reflex plecând din punctul traumatizat și servindu-se de sympaticul periarterial ca o cale de întoarcere.

Alteori avem ca leziune anatomo-patologică o simplă leziune foarte superficială, a peretelui arterial sau venos și care în realitate este o rănire perivasculară a sympaticului periarterial, sau o infiltrație sanguină a tecei, cu contractura arterei care rămâne aderentă la teaca comună și care dă dureri violente la periferie.

Alteori există o leziune vasculară adevărată. După unii autori cauzalgia ar fi deseori datorită leziunii unui trunchi nervos și odată cu el și secțiunea arterei acelui nerv, de fapt o secțiune a sympaticului, căci vasele chiar cele mai mici sunt conducătoare de fibre sympatice.

Toate aceste fapte observate în clinică și efectele terapeutice obținute în urma sympatectomiei periarteriale, ne dau cea mai bună probă asupra originei vaso-motrice a diferitelor tulburări.

Principiul pe care se bazează operația lui Leriche.

Sympatectomia periarteriălă este mai mult o operație *de tip vascular* decât una *de tip nervos*.

Ea se face asupra conductorului sympatic (artera), deasupra leziunii în zona unde se găsesc reuniți nervii vaso-motori cari se duc la regiunea a cărei inervație vrem s'o modificăm.

Aceste modificări produse în regimul circulator, constau într'o *vaso-dilatație activă la periferie* cu mărirea presiunii arteriale și a căldurii, creind astfel o îmbogățire a circulații locale.

Sympatecomia transformă condițiile de viață și de troficitate a țesuturilor, ea mărește nutriția lor și ca și în stare normală produce o accelerare de creștere.

Modul ei de acțiune mai poate fi explicat *prin întreruperea căilor centripete ale reflexului*, care are punctul de plecare la periferie și urmează calea sympatică.

Technica operației.

Operația lui Leriche este din cele mai simple. Ea constă în a izola pe distanță de 10—12 cm. artera aleasă de teaca sa celulo-fibroasă. Pentru aceasta căutăm teaca vasculară (după ce printr'o incizie pe traectul vasului am ajuns la pachetul vasculo-nervos) o fixăm și o incizăm în lungul distanții ce voim să-i dăm. Prindem una din margini astfel decolată și cu ajutorul bisturiului sau mai bine cu o sondă cu zghiab, desfacem, complect și cu răbdare, artera de țesutul celular care îi aderă. Pe toate colateralele le legăm și le secționăm spre a putea curăți și izola artera de jurîmprejurul ei de teaca ce o învelește. Imediat

observăm că artera își micșorează considerabil volumul încât, de exemplu femurala ajunge la jumătate din grosimea ei obicinuită.

Cauzele de nereușită ale sympatectomiei periarterială

Profesorul Leriche a arătat într'o interesantă comunicare făcută la Societatea de Chirurgie din Paris, cauzele care fac ca sympatectomia periarterială să nu dea rezultate în unele cazuri.

Sympatectomia periarterială, spune profesorul Leriche, este o metodă pe care o credem că o facem dar fără a o realiza.

1. Orice sympactetomie periarterială care nu este urmată de o reacțiune caracteristică, adică de o vaso-constricție locală imediată urmată de o vaso-dilatație periferică paralitică, este mai bine zis, o simplă descoperire arterială, nu una de fapt.

Sympatectomia periarterială este o operație de tip fiziologic ca și sympatectomia cervicală căreia îi urmează o schimbare oculo-pupilară.

Neobservarea acestor fenomene de ordin fiziologic explică nereușita în unele cazuri.

Așadar artera trebuește bine curățită dejurîmprejurul ei pe distanța de 10—12 c. m., căci altfel fenomenul de mai sus nu are loc.

2. A doua regulă de care trebue să ținem seamă este ca operația să fie făcută la înălțimea necesară pentru că regiunea pe care voim să o modificăm să fie bine influențată prin schimbarea regimului circulator și pentrucă este mult mai ușor a se interveni pe arteră de calibru mai mare decât pe una subțire.

3. Bolnavul trebue bine studiat înainte de operație. Se recomandă a se lua tensiunea arterială spre a vedea dacă n'avem aface cu o arterio-sele-

roză — frecventă la bătrâni — în care caz pe lângă nereușită se poate întâmpla și accidente serioase ca de exemplu gangrena membrului cu amputație (cazul citat de *Dr. Maginiac la Societatea de Chirurgie din Paris, V. Bul. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, No. 26 Tone XL, VIII)*. emoragii secundare mortale. *(Cazul d-lui Dr. I. Jianu comunicat la Soc. de Chirurgie, București, in ziua de 23 Noembrie 1922)*. Deci, trebue să fim foarte rezervați în a practica sympatectomia la ateromatoși și la bolnavii atinși de gangrenă senilă.

Pentru a evita unele accidente de rănire arterială, Leriche recomandă să nu se facă sympatectomia la nivelul triunghiului lui Scarpa, ci în regiunea mijlocie a coapsei unde artera pe lângă că este mai ușor de găsit, dar nu are nici colaterale.

În cazurile când avem de a face cu artere moi și foarte friabile. (o adevărată arterio-malacie), Leriche crede că este bine a recurge la procedeul recomandat de *Samson Handley* adică injecție de alcool în adventicea arterială.

Ținând seamă că această metodă este empirică. mai mult experimentală și că sindroamele cărora se adresează sunt în esența lor cea mai mare parte necunoscute, nereușitele întâmplate în unele cazuri sunt explicabile.

Pe lângă scopul său terapeutic această operație fiind în acelaș timp și o metodă de analiză a diferitelor cazuri ce se prezintă, cred că trebuește încercată în mod obiectiv iar cazurile bine selecționate.

Afecțiunile în cari s'a practicat operația lui Leriche.

Sympatectomia cu deosebire s'a arătat de o eficacitate aproape constantă în *tulburările trofice de tip ulceros*. Este fapt constatat că acțiunea sa

se exercitează asupra procesului de cicatrizare dar nu atinge cauza leziunii. Deci sympatecomia creind o supra activitate circulatoare locală, lucrează atâta timp cât condițiile sunt favorizante.

Sympatecomia periarterială a fost aplicată pentru prima oară de profesorul Leriche în timpul războiului mondial în sindromul cauzalgic descris de *Weir-Mitchell*. Leriche a atras cel dintâi atențiunea asupra rolului pe care poate să-l joace plexul arterial în patogenia cauzalgiei. Această idee s'a impus prin rezultatele terapeutice strălucite pe care le-a dat în cauzalgie, acest grozav sindrom, față de care medicii erau dezarmați.

Ce este cauzalgia? (1)

Cauzalgia este *un sindrom* de origină sympatică, rezultat dintr'o tulburare de inervație vaso-motrice, unde predomină uneori un efect vaso-constrictor, unde se vede de obiceiu o stare de vaso-dilatație permanentă, cu crize paroxistice. Acest sindrom îl putem vedea decâteori un oarecare număr de fibre simpatice au fost atinse și care merg la aparatul vascular al corpusculelor tactului dela periferie. Poate apare imediat în urma unei simple plăgi în seton cu orificii punctiforme, în urma unei gangrene a degetului cu amputația lui, ca în cazul prezentat de D-l *Prof. Toma Ionescu* la Societatea de Chirurgie din București.

Cauzalgia apare numai în plăgile nesupurate, neinfectate, în cele fără mari distrucțiuni. Sindromul cauzalgic se găsește mai rar la membrul inferior căci simpaticul perifemoral are un rol mai mult trofic și cu acțiune asupra mușchilor și ligamentelor periarticulare ale genuchiului.

Cauzalgia este un fenomen primitiv, o consecință

(1) (Vezi observația No. 1).

imediată a unor răniri și nu rezultatul cicatricei vițioase sau unei reparații anatomice defectuoase cu nevrită iritativă.

Ceiace ne impresionează la un cauzalgic sunt durerile foarte violente cu sensații de arsuri istovitoare. Bolnavii aceștia sunt foarte agitați, se izolează de ceilalți, se ascund în patul lor, luând tot felul de precauțiuni curioase. Iată cum îi descrie *Weir-Mitchell*. „Pe măsură ce durerea crește „caracterul devine aspru, fața exprimă anxietate, „în privire se citește oboseală și suferință. Nopțile „sunt fără somn. Starea generală reacționând asu„pra rănii, exaltează hiperesthezia ; și atunci cel „mai mic sgomot, ca pasul unui om, suflul vân„tului, vibrațiile produse de un marș militar, exas„perează durerea. Într'un cuvânt pacientul devine „un histeric. Mersul său e legănat, tremurător, „nervos".

Leriche vede în această modificare a individului dovada unei reacțiuni a sympaticului. Inadevăr, o caracteristică a sistemului sympatic este că o acțiune localizată produce foarte repede modificări difuze la mare distanță. Deaceia starea psihică a cauzalgicului nu este datorită numai durerii ci consecinții unei tulburări vaso-motoare generală. La acești bolnavi găsim un aspect lucitor al pielei, o adevărată tulburare trofică, dar foarte rar tulburări ulcerative grave. Mai găsim tulburări de creștere a unghiilor, a perilor și sudații abundente, ceiace arată că sunt datorite unei tulburări a sympaticulni. Acești nenorociți bolnavi au un anumit fel de ași alina durerile grozave, udându-și mereu partea bolnavă. S'au văzut bolnavi duși în toate părțile nedespărțiți de o sticlă cu apă și având la ei comprese.

Faptul acesta își are explicația fiziologică căci după cum spune Leriche, excitând un vaso-dilatator

se acționează asupra tutulor vaso-constrictorilor și invers.

Cea mai ușoară atingere le devine intolerabilă, pentru că tonusul arterial este în parte sub dependența excitațiunilor sensitivo-sensoriale.

Știm că în jurul corpuscurilor tactului există o rețea de fibre sympatice. Acești corpusculi ai tactului se găsesc în condițiuni de funcționare neobișnuite din cauza desechilibrului vaso-motor care influențează toată periferiă membrului. Probabil că rețeaua capilară din jurul corpuscurilor este dilatată și apasă pe rețeaua nervoasă terminală sau pe arborizațiile tactile. Deaceia cea mai mică schimbare a echilibrului vaso-motor influențează aparatul tactil care fiind în tensiune anormală vibrează dureros la cel mai mic flux sanguin. Cauzalgicii caută prin toate mijloacele să schimbe acest echilibru defectuos, recurgând între altele la comprese reci.

O altă constatare pe care o face Leriche la acești bolnavi este prezența unei stări anormale de vasodilatație periferică, observată mai ales în timpul sympatecomiei și din care cauză suntem nevoiți a face mai multe ligaturi de arteriole la nivelul planurilor subcutanate si al doilea o ușoară ridicare a tensiunii arteriale și căldurii locale, după puțin timp, de partea operată.

Din cele spuse vedem că simptomul *durere* este caracteristic la un cauzalgic și diferit de sindromul dureros al unui nerv sensitiv. La aceata din urmă durerea este surdă cu exacerbații la presiune locală într'un punct dat. Frigul nu modifică sensibilitatea la contact și nici desechilibru vaso-motor provocat. Bolnavul care suferă de nevralgia unui nerv nu se teme de durere la cea mai mică emoție. Cauzalgicul se teme de tot ce agită sympaticul său,

se ferește de cea mai mică vibrație a tensiunii sale sanguine care îi produce dureri la periferie. Repeziciunea producerii fenomenelor în cauzalgie ne face să îndepărtăm ideia *de nevrită degenerativă sau iritativă.*

Singurul tratament al cauzalgiilor este sympatectomia periarterială făcută după regulile arătate de Leriche la care el adaugă următoarele observațiuni:

1. Uneori este nevoe ca pe lângă sympatectomie să acționăm asupra filetelor sympatice intranervoase și să facem de exemplu rezecția arterei nervului median sau arterei nervului șciatic.

2. Este bine să căutăm a suprima leziunea cauzală, excizând cicatricile, suprimând, dacă este locul trunchiul arterial obliterat, căci cordonul este înconjurat de ramurile sympatice bolnave.

În principiu în cauzalgie este de dorit a se reseca artera *până unde întâlnim bătăile ei* sau în apropierea unei colaterale mari. Dacă această rezecție nu poate fi totală, Leriche recomandă să se completeze cu o nouă sympatectomie asupra arterei sănătoase *dedesuptul leziunei.* La membrele inferioare cauzalgiile sunt mai rari ca la membrele superioare; totuși când există se poate interveni pe arterele iliace primitive. (Leriche citează un asemenea caz). Dispariția durerilor cauzalgice după sympatectomie se face uneori încet, dealtfel ca în toate operație pe sympatic, ca de exemplu în rezecția ganglionului sympatic cervical superior în nevralgiile faciale. Ele dispar treptat către degete, uneori presistând numai la contactul superficial. De obicei îi trebue un *timp de câteva săptămâni* pentru ca probabil să se stabilească un nou regim vascular.

* * *

Alte aplicațiuni ale operației lui Leriche.

În ultimul timp sympatectomia periarterială s'a aplicat cu efecte bune în multe alte atecțiuni cari s'au bănuit că ar fi cauzate de sympaticul periarterial prin tulburările vaso-motorii ce le produce.

Astfel *Proust* citează cazuri de *ulcere varicoase* ale gambei căre durau de opt ani și care s'au vindecat în șase zile prin operația lui Leriche. De asemenea cităm cazurile d-lui Medic General Dr. Butoianu (v. Observațiile No. 5) și cazurile d-lui Dr. Topa (v. Observațiile No. 8, 11, 12 și 13).

Aceleași efecte de vindecare a dat această operație *în răul perforant plantar* chiar în cel de natură leproasă (v. Observația No. 3), *în gangrena uscată* (v. Observația No. 6), *în plăgile atone* mai ales în urma amputației (v. Observația No. 4 și 7).

Cu deosebire operația lui Leriche contribue prin aportul sanguin ce-l produce, la cicatrizarea *bonturilor de amputație cu ulcerații atone*, acele bonturi edematiate, cu buzele plăgii îngroșate și cu pielea lividă, lucie, fără tendință de cicatrizare și foarte dureroase, așa zisele bonturi trofice (cazul d lui Prof. Dr. Thoma Ionescu (v. Observația No. 2) și cazul d-lui General Dr. Butoianu (v. Observația No. 4).

În ultimul timp D-l Medic Colonel Dr. Botez dela spitalul militar „R. F.", serviciul II chirurgical a practicat operația lui Leriche în 2 cazuri de ulcere cronice și într'un caz de gangrenă uscată, cu rezultate foarte bune.

Profesorul Leriche a practicat sympatectomia asupra arterei *hipogastrice* într'un caz de *kraurosis vulvae* care prezenta următoarele simptome: retracție și atrofie vulvo-vaginală, cu decolorarea vulvei și părților vecine, cu plăgi ischemice și de leucoplazie, placarde roșii vinoase hipervascularizate. Fenomene subiective: durere, arsuri, sensații de prurit

intense, uscăciune vagino-perineală etc. Toate aceste fenomene au fost puse de Leriche pe seama unei scleroze periarteriale, provenită dintr'o histerectomie anterioară și care sclerozâ da turburarea enervației vaso-motrice în teritoriul de distribuție al hipogastricei. Prin sympatectomia făcută asupra acestei artere a creiat o îmbogățire a circulației locale, printr'o vaso-dilatație activă, a mărit nutriția și creșterea țesuturilor atrofiate. Astfel simptomele obiective și subiective de mai sus au dispărut. Procesul este același ca și în hemiatrofia facială în care dacă se face ablațiunea ganglionului cervical superior se oprește atrofia și mușchii își reiau tonicitatea și forța lor.

Bazat pe aceste constatări Leriche este de părere să se încerce sympatectomia periarterială *în toate atrofiile cutanate* în evoluție care nu sunt simptomatice și a căror cauză este necunoscută.

Intr'un caz de *Keratită de tip neurotrofic recidivantă*, care da loc la o serie de ulcere corneene timp de trei ani, Leriche a făcut sympatectomia pericarotidiană internă, a vindecat această afecțiune fără nici o recidivă, de doi ani și jumătate. Leriche bazat pe numeroasele recidive ale acelei keratite pe insensibilitatea corneei și pe rezultatul terapeutic obținut prin sympatoctomie crede că era vorba de un ulcer trophoneurotic.

În oftalmalogie se consideră toate keratitele neurotrofice ca un semn de lezime a trigemenului într'un punct al său.

Experimental prin secțiunea acestui nerv și în urma intervențiilor făcute asupra ganglionului lui *Gasser* sau văzut apărând keratite cu ulcere terebrante așa încât keratita neurotrofică este egal cu leziunea trigemenului.

„Trebue să știm, zice Leriche", că în orice parte a organismului nu leziunea nervului sensitiv dă

tulburări trofice ci numai leziunea unui nerv vector de fibre vaso-motrice. Dacă secțiunea trigemenului dă naștere la keratita neuroparalitică, este pentrucă trigemenul dela ganglionul lui Gasser este un bogat distribuitor de fibre vaso-motrice, căci secțiunea rădăcinelor lui protuberanțiale nu produce keratita. Deducem deci că keratita neuroparalitică cauzată de un simplu traumatism în zona sensitivă a trigemenului (prin apăsare la nivelul feței, zonă bogată în terminațiuni vaso-motrice) pot produce simdroame sympatice ca și traumatismele mâinii și picorului, regiuni de asemenea bogate în terminațiuni sympatice".

Ținând seamă de acțiunea *sympatectomei pericarotidiene interne*, Leriche este de părere a fi încercată în teribila boală *phemțigusul ochiului*, care adesea duce la ulcer al corneei cu pierderea ochiului și a cărui orgină trofoneurotică a fost stabilită.

De curând sympatectomia periarterială tinde a se aplica în *visceralgii* și mai ales în ulcerul stomacal. Într'o comunicare făcută înaintea Societăți de chirurgie din Paris, *Proust* raportează trei cazuri de ulcer stomacal pe mica curbura și în regiunea pilorului vindecate de *Prof. Dr. Chaton* de la *Bessançon* prin sympatectomie. Prof. *Chaton* pentru a secționa fibrele sympatice rezecă între două ligaturi o parte din artera coronară stomachică și apoi face o gastro-enterostomie posterioară. După operațiune durerile au dispărut imediat și ulcerile s'au vindecat. *Proust* sprijinit pe experiențele lui *Latarjet* crede că această dispariție a simptomului durere este datorită secțiunii filetelor sympatice. În ce privește rezecția arterei coronare stomachice, *Lenormant* în discuția urmată la Societatea de Chirurgie din Paris atrage atenția asupra faptului că prin rezecția sus numitei artere, nu se produc alterațiuni grave ale stomacului cum se credea, dar dis-

tinsul chirurg francez este totuși contra unei astfel de rezecții arteriale, iar în ce privește vindecarea ulcerului o atribue gastro-enterostomiei, sprijinit pe numeroasele cazuri de vindecare prin această singură operație.

La noi în țară Dl. *Dr. Topa* de la Spitalul Colentina a făcut deasemenea sympatectomia arterei coronara stomachică într'un caz de ulcer al cardiei inoperabil prin alte metoade, cu rezultat bun (v. Observația No. 14).

Desigur că aceste fapte și observațiuni nu pot crea o regulă generală ci ele vor trebui cercetate și rezolvate cu timpul și ar fi de dorit a se ajunge la o technică precisă prin care să se rezece fibrele sympatice ale stomacului respectându-se pe cât posibil vasele.

Din cele expuse în această lucrare se vede cred că chestiunea sympaticului periferic cuprinde o serie întreagă de probleme foarte complexe a căror soluție este ajutata de cercetările fiziologice cari ne dau speranța unei orientări noui în chirurgia sympaticului,—și care vor duce la precizarea technicei și la pătrunderea sympatectomiei în chirurgia zilnică.

Serviciul d-lui Profesor Dr. Toma Ionescu

OBSERVAȚIA I-a

Cauzalgie Weir Mitchell consecutivă unei gangrene a degetului mare dela piciorul drept, în urma unei degerături. Sympatectomie periarterială a femuralei în ½ a coapsei drepte. Vindecare.

Bolnavul Alex. B. fost locotenent în armata rusă în vârstă de 30 ani intră în serviciul d-lui Profesor Dr. Th. Ionescu dela spitalul Colțea în ziua de 26 Maiu 1922 pentru dureri violente în laba piciorului drept.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto contagioasă și venerică.

Istoricul maladiei actuale. In timpul războiului aflându-se pe front a suferit degeraturi la ambele picioare. In urma tratamentului, indicat la membrul inferior stâng s'a vindecat. La cel drept s'a format o gangrenă a degetului mare care a fost urmată de o eliminare la nivelul articulației metatarso-falangiană. Plaga rezultată s'a cicatrizat în urma îngrijirilor la unu din spitale. A rămas totuș cu dureri la nivelul plantei cu deosebire pe marginea externă și la niveiul degetului mic. Aceste dureri devenind din ce în ce mai puternice a fost nevoit să intre în serviciul nostru.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție mijlocie prezintă amputația degetului mare dela piciorul drept cu cicatricea regulată pe fața dorsală. Laba piciorului dela nivelul articulației medio-tarsiană și până la extremitatea anterioară a degetelor are o culoare lividă, iar către degete vânăta asfixică. Temperatura locală în raport cu cea dela membrul opus este mult scăzută, dându-ne impresia de răcea ă. Pielea la acest nivel este acoperită de sudori reci. Sensibilitatea cutanată este exagerată trăducându-se prin dureri

violente cu punct de plecare paradoxal, nu din locul gangrenei ci de pe marginea externă a piciorului; degetul mic extrem de sensibil, durerea se atenuează prin presiune, se exagerează în repaus. Durerile sunt aşa de mari încât bolnavul reclamă amputaţia, care dureri au un caracter de arsuri şi înţepături de vârf de cuţit. Din această cauză n'a dormit de mult şi nu poate suporta nici un fel de încălţăminte. Ţine piciorul tot timpul descoperit, neputând suporta nici chiar pătura de învelit.

Nimic anormal din partea aparatului digestiv, respirator şi cardio-vascular. Urina nu conţine zahăr şi nici albumină. Reacţia Wassermann negativă. Reflexele tendinoase normale.

Operaţie 30 Maiu 1922. Rachianestezie stovaină 0,8 cgr. cafeină 0.50, d. Profesor Th. Ionescu practică sympatectomia periarterială a femuralei în $^1/_2$ coapsei drepte.

2 Iunie 1922. Durerile au dispărut. Bolnavul poate dormi, temperatura locală mai ridicată ca de partea opusă. Se constată la nivelul piciorului drept sudori şi cianoză.

9 Iunie. Bolnavul părăseşte serviciul complect vindecat

Serviciul d-lui Profesor Dr. Toma Ionescu

OBSERVAŢIA II-a

Bont vicios în $^1/_3$ mijlocie a gambei stângi cu ulceraţii trofice pe faţa antero-externă şi $^1/_3$ inferioară a bontului. Sympatectomie periaterială în $^1/_3$ mijlocie a coapsei stângi. Vindecare.

Bolnavul N. B. în vârstă de 28 ani funcţionar, vine în serviciul d-lui prof. Dr. Th. Ionescu în ziua de 15 Maiu 1922 pentru o ulceraţie la nivelul unui bont de amputaţie în $^1/_3$ mijlocie a gambei stângi, precum şi pentru dureri în întreg membrul amputat.

Antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă.

Istoricul maladiei. In ziua de 29 Martie 1922 căzând dintr'un vagon de cale ferată, piciorul stâng i-a fost prins sub roate şi complect sdrobit. Transportat la spitalul din Braşov i s'a practicat a doua zi amputaţia gambii în $^1/_3$ mijlocie prin metoda circulară, fără reunirea părţilor moi. Plaga operatorie a supurat şi bolnavul a continuat a fi îngrijit în acel serviciu până în ziua de 13 Maiu 1922 când a fost adus la Spitalul Colţea.

Starea prezentă. Bolnavul bine conformat prezintă amputația membrului inferior stâng în $^1/_3$ mijlocie a gambei. La nivelul bontului se constată: o plagă la nivelul suprafeței de secțiune cât o piesă de cinci lei, de culoare violacee murdară; o zonă de infiltrație de jurînprejurul ulcerații. Pe fața antero-externă și la nivelul zonei de infiltrație se observă alte două ulcerații de mărimea unor piese de doi lei, interesând pielea și țesutul celular subcutanat, cu aspectul livid murdar și cu marginile festonate și decolate Intreaga regiune este foarte sensibilă la cel mai ușor contact, provocându-i dureri caracteristice cu sensații de arsuri, cari se ridică spre rădăcina membrului. Subiectiv bolnavul acuză dureri continue, dar mult mai intense noaptea din care cauză nu poate dormi. Atitudinea bolnavului în timpul vizitei este indecubit dorsal, ținând coapsa flectată pe abdomen și bontul flectat pe coapsă, cuprins în mâini ca într'o centură, declarând că astfel are sensații de ușurare.

22/V. 1922. Operație. Rachianestezie dorso-lombară stovaină 0.08 ctg cafeină 0.50 ctg. Anestezie foarte bună, se practică de către *d-l prof. Dr. Th. Ionescu* secundat de *d-l Dr. Nasta,* denudarea arterei femurale în $^1/_3$ mijlocie a coapsei stângi, pe întindere de 12 cm. se închide plaga cu agrafe *Michell.*

23/V. 1922. Se constată modificări manifeste la nivelul ulcerațiilor bontului, caracterizate printr'un aspect mai vivace și detașarea părților necrozate, diminuarea secreținii, tegumentele înconjurătoare au un aspect mai roșietic și mai puțin sensibile la contact și presiune. Durerile au diminuat mult.

25/V. 1922. Ulcerațiile au un aspect foarte viu. Cicatrizarea este manifestă. Durerile au dispărut, bolnavul putându-se repauza.

31/V. 1922. Se ridică agrafele — reunire perprimam —. La nivelul bontului cicatrizarea completă a ulcerații de pe fața externă. Celelalte ulcerații aproape cicatrizate și ca aspect foarte vivace. Secreținea dispărută, durerile la presiune nule. Bolnavul se simte bine și cere să fie concediat.

In acest caz ulcerațiile bontului cari durau de două luni, s'au cicatrizat în opt zile iar durerile mari pe cari le avea bolnavul au dispărut complect, în urma sympatectomii.

Spitalul Militar „Regina Elisabeta“
Serviciul d-lui Medic-General Dr. Butoianu

OBSERVAȚIUNEA III-a
(Observație personală)

Lepră nervoasă cu ulcere perforante plantare la ambele picioare. Sympatectomia periarterială în 1/3 mijlocie a coapsei stângi. Vindecare de partea operată.

Soldatul Pană Marin din Compania Pompierilor București originar din jud. Vlașca, este trimis în ziua de 30 Iulie 1922 la Serviciul I Chirurgical de către Serviciul de boale nervoase cu diagnosa de «mal perforant plantar la ambele picioare, de natură leproasă».

Antecedente heredo-colaterale. Părinții morți, nu știe cauza morții. Nimic similar la părinți. Uzau de băuturi alcoolice. Mama n'a avut avorturi. Are trei frați morți și trei sănătoși. Nimic similar la frați.

Antecedente personale. Malaria în copilărie. Neagă alte afecțiuni infecțioase și venerice. Uzează de băuturi alcoolice. Necăsătorit. Wassermann negativ.

Istoricul maladii actuale. Boala actuală a debutat acum opt ani, cu sensații de amorțeală pe fața anterioară a genunchiului drept însoțită de o ușoară decolare a pielei la acest nivel. Amorțeala s'a întins în timp de un an la toată gamba și piciorul drept, iar la vre-o doi ani au apărut aceleași fenomene subiective la genunchiul, gamba și piciorul stâng, apoi la coate, antebrațe și mâini. Puțin timp după aceia au apărut la genunchi și coate niște erupțiuni buloase care durau o zi, se spargeau și din ele se scurgea un lichid galben. In locul bulelor rămânea o ulcerație superficială care se acoperea de crustă ce dura două-trei săptămâni și căzând lăsa cicatrice. Declară că n'a avut călduri, epistaxis și nici coritza. Acum doi ani i-au apărut în planta ambelor picioare niște ulcerații nedureroase din care se scurgea o secreție sero-purulentă. Forța musculară i-a diminuat tot mai mult în special la extremitățile membrelor. Bolnavul spune că nu mai poate nici să rupă pâinea cu mâinile. De două săptămâni sensația de amorțeală s'a accentuat și i-a apărut și la față, tot-odată simte o jenă respiratorie pe nas.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție bună, țesuturile binișor desvoltate. La inspecție se constată o tume-

facție puțin inflamatorie a feței și nasului, vocea nasonată și jenă în respirație. N'are secreție nazală. Ambele buze, mai ales cea superioară sunt tumefiate. Masticația, deglutiția și fonația sunt bune. Pe coate, pe mâini, genunchi, gambe și picioare se observă cicatrici neregulate de diferite dimensiuni, pigmentate sau decolorate, cele din regiunea coatelor acoperite de cruste psoriaziforme. La mâini se observă o îngroșare a celei de-a doua falange a mediului drept și a primei falange a indexului stâng cu o ușoară deviație. Mușchii eminenței thenare și hipothenare sunt reduși de volum. Stratul cornos al palmelor este foarte îngroșat. Inapoia epitrochleii humerale se simte cordonul dur și îngroșat al nervului cubital de ambele părți. Forța dinamometrică 20 la dreapta 30 la stânga.

Examenul local. La nivelul primei articulațiuni metatarso-falangiană stângă, se observă o ulcerație nedureroasă cât o piesă de doi lei, profundă, (răspunzând pe fața dorsală a piciorului). Marginile ulcerației sunt decolate, neregulate fără vitalitate, îngroșate și dure. Fundul crateriform din care se scurge un lichid sero-purulent murdar. La planta piciorului drept, la nivelul extremității anterioare a celui de al doilea metatarsian se găsește o altă ulcerație cât o piesă de un leu nedureroasă din care se scurge un lichid galben murdar, cu marginile dure îngroșate, cu fundul crateriform, Se constată turburări trofice ale unghiilor. Pielea uscată și stratul cornos îngroșat pe ambele plante. Mișcările active în articulațiile tibio tarsiene sunt reduse. In mers calcă pe marginile externe ale picioarelor, pentru a evita contactul ulcerațiilor cu solul. Sensibilitatea tactilă, termică și dureroasă, este abolită la membrele superioare și inferioare (exceptând fața internă a coapselor) în regiunea perineală, scrotală și anală.

Operația. 10 August 1922. Rachianestezie-dorso-lombară cu stovaină-stricnină. D-l Căp. Dr. Stoian secundat de Internu C. Manea practică sympatectomia periarterială a femoralei în $^1/_3$ mijlocie a coapsei stângi pe o întindere de 12 cm. Artera și-a micșorat considerabil volumul. Sutura plăgii.

14 August 1922. Ulcerația dela piciorul stâng este mult mai redusă, fundul ridicat cu un aspect roșu viu, cea din dreapta nemodif cată.

17 August 1922. Se schimbă pansamentul ulcerațiilor. Cea din stânga complet cicatrizată. Cea din dreapta fără nici o modificare.

19 August 1922. Se scot firele de sutură dela nivelul coapsei — Reunire per primam.

28 August 1922. Ulcerațiile în aceiaș stare de mai sus. Bolnavul are și o paralizie facială dreaptă.

10 Septembrie 1922. La piciorul stâng cicatrizarea ulcerații se menține, bolnavul calcă pe toată planta, în dreapta ulceratia persistă fără nici o modificare cu toate îngrijirile și pansamentele regulate. Bolnavul cere să fie trimis în concediu spre a reveni mai târziu să fie operat și în dreapta.

Această observațiune este interesantă atât prin natura leziunii, rău perforant plantar fiind datorit probabil unei disociațiuni siringo-mielice de natură leproasă, cât și prin rezultatul terapeutic dobândit de partea unde s'a făcut sympatectomia în comparație cu ulcerația din dreapta, la care s'a făcut numai pansament.

Serviciul d-lui Medic-General Dr. Butoianu

OBSERVAȚIA IV-a

(Observație personală).

Ulcerație trofică la un bont prin amputație Chopart la piciorul stâng. Sympatectomie perarterială la ½ femuralei stângi prin procedeul Leriche. Vindecare.

Soldatul Pisău Roman din Reg. I Artilierie grea vine în serviciul I Chirurgical din Spitalul militar în ziua de 21 Octombrie 1922 pentru o ulcerație la nivelul bontului de amputație al labei piciorului stâng.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă și venerică. Urina nu conține zahăr nici albumină. Reacția Wasermann negativă.

Istoricul maladiei actuale. Cu șease luni înainte a suferit un accident de tren, în urma căruia i s'a făcut amputația labei piciorului stâng prin procedeul Chopart la spitalul civil din Temișoara.

In urma acestei operațiuni a fost trimis la Spitalul militar „R. E." unde a fost îngrijit timp de două luni, după care în urma cererei sale a plecat în concediu cu plaga necicatrizată complect: După patru luni revine în serviciu pentru aceași ulcerație dela nivelul bontului.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție mediocră prezintă lipsa părței anterioare a labei piciorului stâng. Lamboul inferior al bontului este mult mai scurt ca cel superior.

La nivelul cicatricei bontului se găsește o ulcerație de mărimea unei piese de cinci lei cu marginele decolate, neregulate și dure, stratul cornos foarte îngroșat și de culoare galbenă lividă. Fundul ulcerației adâncit neregulat din care se scurge un lichid galben murdar sero-purulent.

28 Octombrie a. c. Operație. Rachianestezie dorso-lombară cu novocaina 0,12 cg. arenalină 5 gut. D-l. General D-r. Butoianu secundat de internul Manea face sympatectomia periarterială a femuralei în $^1/_3$ a coapsei stângi.

2 Noembrie. Se schimbă pansamentul ulcerației care are un aspect roșu viu, fundul curat începe să se niveleze.

6 Noembrie. Ulcerația complect vindecată în a 8 zi i se poate aplica o gheată ortopedică.

Serv. d-lui Medic General Dr. Butoianu

OBSERVAȚIA V-a

(Observație personală)

Cheloid ulcerat pe fața externă, treimea superioară a gambei drepte, consecutiv unei operații pentru varice. Sympatectomie periarterială în $^1/_3$ mijlocie a coapsei drepte. Vindecare.

Soldatul Pârlea Ion Reg. I art. grea vine în ziua de 21 Octombrie 1922 în serviciul I Chirurgical din Spitalul militar «R. E» pentru o ulcerație la gambă fără tendință de vindecare.

Antecedente personale fără importanță. Urina nu conține zahăr nici albumină. Reacția Wassermann negativă.

Istoricul maladiei actuale. In luna Iunie a. c. a fost în serviciul nostru și operat pentru varice ale gambei drepte prin rezecția venei safene după procedeul Trendelenburg. O lună de la operație s'a format la nivelul cicatricei post-operatoare o ulcerație care durează de trei luni.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție medie cu tegumentele și mucoasele palide. La examenul local prezintă pe fața postero-externă a gambei o cicatrice lineara de 30 cm. lungime și care în treimea superioară se continuă cu o ul-

ceraţie de formă ovală lungă de 10 cm. şi lată de 5 cm. Marginile ulceraţiei sunt dure îngroşate de culoare violacee închisă iar fundul adâncit roşu uşor sângerând şi fără tendinţă la cicatrizare. In jurul ulceraţiei o zonă de infiltraţie cu aspect violaceu.

28 Octombrie. Operaţie. Rachianestezie dorso-lombară cu novocaină 0.12 cg. adrenalină 5 gute. Se face de către d-l G-ral Dr. Butoianu secundat de internul Manea sympatectomia periarterială în $^1/_3$ mijlocie a coapsei drepte după procedeul *Leriche.* Imediat după denudare artera şi-a micşorat volumul la jumătate. Se suturează plaga cutanată.

1 Noembrie. Se schimbă pansamentul ulceraţiei ale cărei dimensiuni sunt reduse cu $^1/_3$ din întinderea ei şi prezintă un aspect roşu curat. Se constată fenomene de sudaţie şi ridicare de temperatură locală.

4 Noembrie. Ulceraţia foarte mult redusă, fundul ridicat neted şi cu aspect roşu viu.

8 Noembrie. Se scot firele de sutură dela nivelul inciziei. Ulceraţia aproape cicatrizată. Zona de infiltraţie roşu-violacee a dispărut.

13 Noembrie. Ulceraţia complect cicatrizată.

Serv. d-lui Medic General Dr. Butoianu

OBSERVAŢIA VI-a

(Observaţie personală)

Gangrenă uscată a degetului al III-lea dela piciorul drept consecutiv unei endarterite obliterante. Sympatectomie periarterială a femuralei în $^1/_3$ a coapsei drepte.

Bolnavul M. D. plutonier din Reg. 11 Jandarmi vine în serviciul I Chirurgical din Spitalul Militar pentru dureri continue în laba piciorului drept, tumefacţie şi impotenţa funcţională a membrului inferior drept.

Antecedente personale. Neagă orice maladie venerianâ. Uzeaza de tutun şi alcool. Din 1917 sufere de reumatism poliarticular. A avut mai multe accese acute cari i-au prins pe rând articulaţiunile genunchilor, apoi pe cele radio-cubito-carpiene. Urina nu conţine zahăr nici albumină. Reacţie Wasserman negativă.

Istoricul maladiei actuale în vara anului acesta pe când se afla la Techirghiol a simţit dureri la nivelul degetelor

dela piciorul drept devenind apoi roşii şi tumefiate. A stat la Sp. Militar din Constanţa 40 zile fără nici o ameliorare, Crezând că este vorba de reumatism a fost trimis la Sanatoriul Militar din Mehadia. Acolo durerile devenind mai violente la degetul al III-lea, i s'a ridicat unghia şi s'a găsit o zonă negricioasă cât un vârf de chibrit. In urmă a fost evacuat la serviciul nostru.

Starea prezentă. Bolnavul foarte slăbit, faţa exprimă oboseală şi suferinţă, în urma durerilor şi insomniei pe cari le are de aproape trei luni. Bolnavul spune că aceste dureri sunt continue şi au un caracter de arsuri şi înţepături de cuţit cari pornesc dela degete spre gambă. Nu poate suporta nici un fel de încălţăminte nici chiar pătura de învelit. Declară că cel mai mic sgomot, chiar pasul unui om îi măresc durerile. Atitudinea bolnavului este caracteristică. Ţine capul flectat, pe piept, coapsa pe abdomen, gambă, pe coapsă şi cu ambele mâini ţine piciorul ca într'o centură. Are senzaţie de uscăciune a segmentului terminal al membrului inferior drept. Temperatura locală a acestei porţiuni de membru este mult scăzută comparativ cu a celuilalt. Local se constată edem pe dorsul piciorului drept cuprinzând şi degetele. Pielea în această regiune este întinsă, lucie, cu zone de roşeaţă difuză care da un aspect marmorat.

Degetul al III-lea are ultima falangă înegrită iar celelalte două, violaceu închis şi edematiate. Pielea în regiunea gambei este uscată.

17 Noembrie 1922. Operaţie. Rachianestezie dorso-lombară cu novocaină 0.12 cg., adrenalină 5 gute.

D-l General Dr. Butoianu secundat de internul Manea practică sympatectomia perlarterială a femuralei în $^1/_3$ mijlocie a coapsei, după procedeul Leriche.

18 Noembrie 1922. Bolnavul a dormit pentru prima oară. Vorbeşte şi pare mai dispus. Declară că durerile s'au calmat mult şi numai din când în când are câte o fulgerare. Sensaţia de uscăciune a pielei şi tegumentelor a dispărut. De unde înainte piciorul şi gamba stângă ereau reci după operaţie temperatura locală este chiar mult mai ridicată ca la membrul inferior drept.

21 Noembrie. Limfangita şi edemul labei piciorului a dispărut, zona de roşeaţă s'a redus mult, menţinându-se doar la nivelul metatarsianului II şi III. Procesul de gangrenă pare a se limita la rădăcina degetului al III-lea unde şi durerile se mai menţin.

8 Decembrie. Degetul al treilea complect mumefiat: la rădăcina lui se observă şanţul de eliminare. La acest nivel bolnavul spune că are senzaţii de înţepături de ace. Durerile cauzalgice nu i-au mai revenit. Procesul de limfangită şi edemul dispărute. Se menţine încă o roşeaţă foarte difuză pe faţa dorsală a piciorului în $^1/_3$ anterioară.

Serv. d-lui Medic General Dr. Butoianu

OBSERVAŢIA VII-a
(Observaţie personală)

Ulcer cronic al gambei stângi, consecutiv unei combustiuni cu apă fiartă acum şapte ani. Sympatectomie periarterială a femuralei în $^1/_3$ mijlocie a coapsei stângi. Vindecare.

Soldatul Toboşarul N. dela Cerc. de recrutare Dâmboviţa este trimis în ziua de 11 Noembrie în serviciul nostru de către serviciul dermatologic din Spitalul militar «R. E.» cu diagnoza «Ulcer cronic al gambei stângi».

Antecedente personale. Neagă ori ce maladie infecto-contagioasă şi venerică. Wasserman negativ. Urina nu conţine zahăr şi nici albumină.

Istoricul maladiei actuale. Bolnavul declară că în 1915 pe când se afla în serviciul unei fabrici pentru destilarea petrolului, un cazan a făcut explozie producându-i arsuri de gradul I şi al II. pe ambele gambe.

De atunci a fost tratat prin diferite spitale. La spitalul Colţei şi la «Casa muncei» i s'a aplicat de mai multe ori grefe dermo-epidermice de către D-l. Dr. Nasta. Grefa dela gamba dreaptă s'a prins şi pierderea de substanţa s'a vindecat pe când cea de la stânga s'a eleminat rămânând o mare pierdere de substanţă.

De un an de zile nu se constată nici o tendinţă de vindecare cu toate variatele tratamente ce i s'au făcut la serviciul dermatologic, unde i s'au aplicat razele x şi cele ultra-violete apoi injecţi cu săruri mercuriale pentru excitaţia plăgei, pansamente cu ambrină, toate fără nici un rezultat.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie bună ţesutul celular subcutanat bine desvoltat. Prezintă cicatrici întinse pe ambele gambe. Pielea la nivelul acestor cicatrici este în unele locuri subţire, depigmentată, lucie şi retractată iar în altele dură, groasă şi aderentă de muşchi.

Articulaţile sunt libere. *Examenul local.* Pe faţa antero-externă şi internă se găseşte o mare pierdere de substanţă cu marginile de formă şi aspect geografic. Ulceraţia privită în totalitatea ei are forma literei H. Una din ramurele verticale se întinde ca o bandă pe faţa antero-externă a gambei cu următoarele dimensiuni: 14 cm. lungime şi 8 cm. lăţime. Cealaltă ramură formată dintr'o altă ulceraţie mai neregulată cu dimensiunile de 10 cm. lungă şi 5 cm. lată. Aceste două unite printr'o a treia cu dimensiunile de 6 şi 8 cm. Fundul acestor ulceraţii este de culoare violaceu închisă, neregulat cu mugurii fără vitalitate şi acoperiţi de o secreţie galbenă murdară cu miros neplăcut. Nicăeri nu se constată ţesut nou de epidermizare.

17 Noembrie. 1922 Operaţie. Rachianestezie în regiunea dorso-lombară cu novocalnă-adrenalină. D-l. General D-r. Butoianu secundat de internul C. Manea practică sympatectomia periarterială e femuralei în $^1/_3$ mijlocie a coapsei stângi.

20 Noembrie. Se schimbă pansamentul ulceraţiei care are un aspect mugurat roşu viu, fundul mai nivelat, puţină secreţie şi constatăm ţesut de epidermizare la marginile ulceraţiei.

25 Noembrie. Se scot firele de sutură dela nivelul coapsei-reunire perpriman. Ulceraţia s'a redus mult ca întindere. Are un aspect roşu curat cu fundul nivelat. Ţesut nou de epidermizare înaintează dela margini spre centru.

A 22 zi *9 Decembrie.* Ulceraţia de pe faţa internă a gambei s'a vindecat complect cea de pe faţa antero-externă şi-a redus dimensiunile la 7 cm. lungime şi 3 lăţime iar cea orizontală la 4 cm. lungime şi 2 cm. lăţime. Deci după 22 zile dela operaţie pierderea de substanţă s'a micşorat la jumătate din întinderea ei.

OBSERVAŢIA VIII-a

(d-l Dr. Topa).

Ulcer varicos al gambei stângi. Sympatectomie periarterială a „femuralei. Vindecare.

Bolnava Ol. Z. de 33 ani vine în Spitalul Colentina serviciul chirurgical pentru o ulceraţie profundă în $^1/_3$ superioară a feţei interne a gambei stângi.

Antecedente personale. N'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă: a fost operată la Ismail cu doi ani înainte pentru o tumoră a ovarului drept.

Istoricul boalei actuale. Cu şease luni înainte de intrare în spital, i-a apărut pe faţa internă a gambei o pată, care s'a ulcerat foarte repede, cauzându-i dureri mai accentuate în timpul repausului. Ulceraţia a mers crescând, interesând din ce în ce mai mult părţile profunde. S'a tratat la început în mod empiric fără nici un rezultat; văzând că nu se ameliorează intră în spital în ziua de 5 Iunie 1922.

Starea prezentă. Examenul local. Pe faţa internă a gambei stângi 1/3 superioară, observăm o ulceraţie profundă de mărimea unei piese de cinci lei, cu mărginile neregulate, decolorate, fundul ulceraţiei murdar, cu o secreţie purulentă. Observăm dealungul gambei varice.

Operaţie 7 Iunie 1922. Rachianestezie-novocaină-cafeină, sympatectomie periarterială a femuralei în canalul lui Hunter. Sutura plăgei cutanate.

10 Iunie (a treia zi). Se schimbă pansamentul ulceraţiei care are un aspect roşu curat, fundul începe să se niveleze.

20 Iunie. După 13 zile dela intervenţie ulceraţia s'a cicatrizat complect. Durerile dela nivelul gambei au dispărut.

23 Iunie. Bolnava părăseşte spitalul vindecată.

OBSERVAŢIA IX-a

(d-l Dr. Topa)

Malperforant plantar al degetului mare dela piciorul stâng. Sympatectomie periarterială a femuralei. Vindecare.

Bolnavul C. N. 36 ani, funcţionar C. F. R. intră în serviciul chirurgical dela Spitalul Colentina la 7 Iunie 1922 pentru o ulceraţie a feţei plantare a degetului mare dela piciorul stâng.

Antecedente personale. La etatea de 19 ani a avut blenoragie şi sifilom primar; şi-a făcut neregulat tratament antisifilitic, de 3 ani i-a aparut simptome de tabes.

Istoricul boalei. Cu doi ani înainte de intrare în spital, i-a aparut pa faţa plantară a degetului mare stâng o bătătură, bolnavul nu-i dă importanţă; după vreo patru luni constată la acest nivel o tumefacţie puţin dureroasă, fluctuentă, înţeapă abcesul din care iese puroi, s'a stabilit în urmă o ulceraţie care nu s'a vindecat cu toate tratamentele ce i s'a facut de mai mulţi medici.

Starea prezentă. Examenul local. Pe faţa plantară a degetului mare stâng observăm o ulceraţie de mărimea unei piese de un leu cu marginile neregulate, fundul murdar,

din care se scurge o secreţie purulentă. Bolnavul are jenă în timpul mersului, ganglionii inguinali nu sunt prinşi.

8 Iunie 1922. Operaţie. Rachianestezie novocainâ cafeinâ, sympatectomie periarterială a femuralei în canalul lui Hunter.

11 Iunie. A 3-a zi de la operaţie s'a schimbat pansamentul ulceraţiei, care se prezintă de data aceasta curată, fundul roşu secreţia a dispărut, ulceraţia s'a micşorat.

17 Iunie. Bolnavul părăseşte spitalul complect vindecat.

OBSERVAŢIA X-a

(D-l Dr. Topa)

Mal perforant plantar. Sympatectomie periarterială a femuralei. Vindecare.

Bolnava A. L. vine în spital în ziua de 17 Mai 1922 pentru o ulceraţie în planta stângă.

Istoricul boalei. Cu 8 luni înainte bolnava a observat în planta piciorului o flictenă, care s'a deschis spontan, s'a format o ulceraţie, dureroasă la cea mai mică presiune, din care se scurgea o serozitate purulentă; i s'a făcut tratament antispecific fără rezultat, asemenea pansamente locale.

Starea prezentă. Examen local. In planta piciorului stâng prezintă o ulceraţie de mărimea unei piese de cinci lei din care se scurge o serozitate sanguino-purulentă. O împiedică la mers, ganglionii inguinali nu sunt prinşi nici cei poplitei.

24 Mai 1922. Operaţie. Rachianestezie novocainâ-cafeinâ. Sympatectomie periarterială în canalul lui Hunter.

28 Mai. Se schimbă pansamentul ulceraţiei, care are un aspect de plagă curată, roşie; secreţia a încetat.

4 Iunie. Ulceraţia aproape complect cicatrizată.

16 Iunie. După 19 zile dela intervenţie, ulceraţia plantară complect cicatrizată.

OBSERVAŢIA XI-a

(D-l Dr. Topa)

Ulcer varicos al gambei drepte. Sympatectomie periarterială a femuralei Vindecare.

Bolnava I. H. de 36 ani vine în serviciul cirurgical de la Spitalul Colentina în ziua de 20 Iulie pentru o ulceraţie

profundă situată la o mică distanţă deasupra maleolei interne a piciorului stâng.

Antecedente personale. Neagă ori ce maladie în copilărie. La vârsta de 30 ani a avut gripă infecţioasă cu otită medie supurată dreaptă. Neagă orice maladie veneriană. Menstruată la 14 ani. Măritată la 20 ani, a avut 3 copii şi nici un avort.

Storicul boalei. Ulceraţia pentru care este primită în serviciu, a început în luna Noembrie 1921 a survenit după cum spune bolnava în urma unui tranmatism, s'a lovit cu un lemn peste picior s'a produs o echimoză la acel nivel care s'a transformat într'o ulceraţie ce nu s'a ameliorat cu toate pansamentele regulate.

Starea prezentă. Examenul local. Pe faţa internă a gambei 1/3 inferioară observăm o ulcelaţie profundă mai mare ca o piesă de cinci lei cu marginile de formă circulară fundul ulceraţiei este murdar acoperit de o screţie seropurulentă gălbue pe alocurea anfractuos cu mici părţi sfacelate. In jurul ulceraţiei o bservăm o zonă de infiltraţie şi heperemie foarte pronunţată şi dureroasă la presiune. In regiunea inguinală constatăm o uşoară adenopatie dureroasă. La nivelul părţei interne a genunchiului şi în regiunea poplitee stângă observăm o dilataţie varicoasă foarte accentuată a saphenei interne. Urina nu conţine albumină şi zahăr. Reacţia Wasserman negativă nimic anormal din partea aparatului respirator şi cardiac.

21 Iulie. Operaţie. Rachianestezie novocainã cafeinã. Sympatectomie periarterială a femuralei în canalul Hunter. Sutura plagei cutante.

24 Iulie. A 3 zi după intervenţie ulceraţia are un aspect roşu curat, începe să se niveleze. A 10 zi ulceraţia complect vindecată bolnava părăseşte spitalul.

OBSERVAŢIA XII-a

(D 1 Dr. Topa)

Ulcere varicoase ale ambelor gambe. Sympaiectomie periarterială a femuralei. Vinderare.

Bolnava A. M. de 40 ani vine în serviciul chirurgical dela Spitalul Colentina în viua de 25 Iulie 1922 pentru ulcere varicoase ale ambelor gambe.

Antecedente heredo-colaterale. Părinţi morţi, două surori sănătoase.

Antecedente personale. In copilărie sănătoasă, menstruată

la 16 ani, regulat ca dată şi durată, măritată la 19 ani, n'a avut nici o sarcină ; 1917 a suferit de tifos exantemat c

Istoricul boalei actuale. După tifus axantematic (1917) a simţit nişte mâncărimi pe partea antero-inferioară, s'a scărpinat ne spune bolnava în urmă i-au apărut nişte băşici, s'au spart producând o ulceraţie pe faţa internă a ambelor gambe. S'a tratat cu mai mulţi medici fără să se poată amliora. Starea ei locală agravându-se a fost primită în serviciu.

Starea prezentă. Pe faţa internă a ambelor gambe în $^1/_3$ inferioară observăm câte o ulceraţie de mărimea unei piese de doi lei de argint cu marginele regulate, cu fundul murdar acoperit de o secreţie sero-purulentă. In jurulul ulceraţiei o zonă inflamatorie. Bolnava acuză dureri de-alungul ambelor gambe. Starea generală bună. Nimic anormal din partea celorlalte organe. Reacţia Wasserman negativă.

Operaţie 1 August 1922. Sympatectomie periarterială a femuralei începând din triunghiul lui Scarpa până în partea terminală a canalului Hunter. Mers post operator bun. *A 5-a zi* se schimbă pansamentul ulcerelor cari au devenit roşii cu aspect frumos având tendinţa de a umplea cavitatea. *A 16-a zi* ulcerele vindecate. Bolnava iese vindecată. Este revăzută după două luni jumătate.

OBSERVAŢIA XIII-a

(d-l Dr. Topa)

Ulcer varicos al gambei drepte. Sympatectomie periarterială a femuralei în canalul Hunter. Vindecare.

Bolnava M. D. S. de 52 ani căsătorită din Bucureşti, vine în serviciul chirurgical dela Spitalul Colentina în ziua de 31 Iulie 1922 pentru un ulcer varicos al gambei drepte.

Antecedente heredo-calaterale fără nici o importanţă.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă. Menstruată la 13 ani, le-a avut normal în tot timpul. Căsătorită la 19 ani; a avut două sarcini, ultima acum 10 ani, de când i-a apărut varicele la gamba dreaptă. Acum trei ani s'a format o ulceraţie pe faţa internă a gambei drepte $^1/_3$ inferioară la început mică a mers crescând. S'a tratat cu mai mulţi medici ; iar înainte de intrare în spital şi a făcut 12 şedinţe de aer comprimat, fără nici o ameliorare.

Starea prezentă. Examen local. Pe faţa internă a gambei drepte $^1/_3$ inferioară observăm o ulceraţie de mărimea unei piese de doi lei de argint, cu marginile neregulate, cu su-

prafaţa acoperită de o secreţie purulentă. Deasupra ulceraţiei observăm câte-va pigmentaţiuni cicatriciale. Nimic anormal din partea celorlalte organe.

Examenul sângelui — Wassermann negativ.

Operaţie 5 August 1922. Sympatectomie periarterială a femuralei în canalul Hunter.

Mers post-operator foarte bun; a 3-a zi se schimbă pansamentul ulcerului care prezintă un aspect curat. Plaga este roşie curată, tinzând să umple cavitatea ulceroasă.

A 9-a zi se scot firele de sutură a plăgei operatorii.

A 14 a zi bolnava părăseşte spitalul fiind vindecată. Este revăzută în ziua de *6 Decembre 1922*, ulcerul este vindecat şi bolnava mulţumită.

OBSERVAŢIA XIV-a

(D-l Dr. Topa)

Ulcer al cardiei tratat prin sympatectomie dispariţia durerilor.

Bolnavul Opriţoiu Marin din comuna Merişani jud. Argeş vine în serviciul chirurgical dela Spitalul Colentina în ziua de 7 August 1912 pentru dureri atroce în regiunea epigastrică, însoţite în ultimul timp de vărsături alimentare.

Antecedente personale. Neagă sifilisul şi orice altă maladie infecţioasă. A uzat de alcool în mare cantitate.

Istoricul boalei. De trei ani de zile a început să aibă dureri în regiunea epigastrică, ce-i surveneau la vre-o două ore după mâncare, în ultimul timp însoţite de vărsături alimentare. A avut hematemeze în două rânduri.

Starea prezentă. Bolnavul e slăbit în ultimul timp neputându-se alimenta. Regiunea epigastrică dureroasă la palpare.

Examenul radioscopic (D-l Dr. Svereanu) ne arată: ulcer al micei curburi. Examenul sucului gastric — aciditatea totală mărită.

10 August 1922. Operaţie. Rachianestezie novocaină-cafeină. Laparotomie mediană subombilicală. Se descoperă stomacul pilorul liber; la mica curbură spre cardia constatăm o duritate netă de mărimea unei piese de un leu argint,—ne este imposibil a-i face extirpare (gastrectomie) facem rezecţia ramurei stomatchice, denudându-o,—ne mărginim la această intervenţie paliativă.

Mers postoperator bun. A patra zi după operaţie bolnavul ne spune că nu mai acuză dureri în regiunea epigastrică.

In zilele următoare, simptomul durerei este dispărut. Bolnavul pleacă din spital după douăzeci zile, la 1 Septembrie a. c., cu durerile gastrice dispărute.

Serviciul d-lui Dr. I. Jianu

OBSERVAȚIA XV-a

Gangrenă uscată a ultimelor două degete dela piciorul drept. Sympatectomia periarterială a femuralei în canalul lui Hunter și regiunea poplitee. Vindecare.

Bolnavul D. P. în vârstă de 35 ani de meserie plugar, vine în serviciul d. Dr I. Jianu dela Spitalul Colentina în ziua de 31 Octombrie 1923 pentru gangrena ultimelor două degete dela piciorul drept.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă. Wasserman pozitiv.

Istoricul maladiei actuale. Bolnavul declară că din 1917 a avut dureri în planta dreaptă și jenă în mers. In vara anului 1922 s'a format o plagă la degetul mic dela piciorul drept, care s'a necrozat și a căzut. Mai târziu procesul de necroză s'a întins și la al IV-lea deget care de asemenea a căzut.

Starea prezentă. Bolnavul prezintă lipsa celor două falange ale ultimelor două degete dela piciorul drept. La nivelul articulației metatarso-falangiană se află o plagă adâncă cu fundul neregulat, cu zone de necroză alterne, și cari se întind pe fața dorsală și plantară a piciorului. Marginele plăgei sunt neregulate și decolate. In plagă se găsește o secreție purulentă murdară cu miros fetid. Tegumentele înconjurătoare sunt tumefiate și de culoare violacee. Bolnavul se plânge de dureri mari la nivelul regiunei interesate, cu iradiații în plantă.

2 Noembrie 1922. Operație. D-l Dr. I. Jianu face sympatectomia periarterială a femuralei în canalul lui *Hunter* și în regiunea poplitee la membrul inferior drept.

5 Noembrie. Se schimbă pansamentul plăgei care are un aspect roșu viu, cu fundul mai ridicat. Zona violacee din jurul plăgei a dispărut.

Secreția a diminuat mult. Durerile au dispărut.

10 Noembrie. Se scot firele de sutură dela nivelul coapsei reunire perprimam. Plaga și-a micșorat întinderea. Tendința de vindecare este manifestă Aspectul plăgei, roșu curat, fundul nivelat, secreția a dispărut.

18 Noembrie. Aspectul roşu viu al plăgei se menţine, cicatrizarea progresează.

24 Noembrie. Plaga aproape vindecată. Bolnavul cere să fie concediat din serviciu.

OBSERVAŢIA XVI-a

(D-l Dr. Nasta)

Gangrenă uscată a piciorului stâng cu limfangită; amputaţia coapsei în treimea inferioară, gangrena degetului mare şi al II-lea dela piciorul drept. Operaţia lui Leriche urmată de desarticulaţia tuturor degetelor. Vindecare.

In ziua de 27 Noembrie 1922 intră în Sanatoriu St. Vincent de Paul bolnavul I. B. în vârstă de 62 ani cu afecţiunea arătată mai sus.

Bolnavul a fost văzut cu 4 zile înainte de d-l Profesor Toma Ionescu şi Dr. Nasta, cu tulburări vaso-motorii la degetul mare şi al II-lea dela piciorul stâng anume: coloraţia violacee a acestor degete care sunt mai reci decât cele corespunzătoare dela piciorul drept, acuzând dureri mari la toată jumătatea anterioară a labei piciorului stâng.

La piciorul drept pielea puţin mai uscată la nivelul degetelor.

I se propune operaţia lui Leriche la piciorul stâng, nu este acceptată, rămânând a se mai consulta alţi chirurgi.

După 4 zile starea agravându-se în urma sfaturilor d-lui Dr. Nasta bolnavul intră în Sanatoriu.

Starea prezentă. Constituţie debilă. Diabetic, 6 gr. zahăr şi fără acetonă. Gangrenă uscată a piciorului stâng până la articulaţia tibio-tarsiană şi treneu de limfangită pâna aproape de genunchi.

Gangrenă uscată a degetului mare şi al II-lea dela piciorul drept.

Pulsul femoralei în triunghiul lui Scarpa existent la ambele membre, în rest la poplitee şi tibio-tarsiană nu există.

Văzând gravitatea cazului, i se propune amputaţia coapsei stângi în 1/3 inferioară din cauza limfangitei întinse, iar la piciorul drept operaţia lui Leriche la jumătatea coapsei; şi desarticulaţia degetelor ca o încercare.

In ziua de 27 Nov. sub rachianestezie 0,05 cgr. stovaină şi 0,25 cgr. cafeină, se practică toate aceste 3 intervenţii în aceiaş şedinţă.

Bontul în 1/3 inferioară a coapsei stângi cu sângerare

mijlocie. Femorala ateromatoasă aproape complect obliterată.

La membrul inferior drept artera femorală cu un proces de periarterită şi obliterată asemenea complect, simţindu-se totuşi bătăile.

Disocierea plexului sympaticului perivascular se face fără nici un incident pe o întindere de 15 cm. în 1/3 mijlocie a coapsei.

Procedându-se apoi imediat la desarticulaţia degetelor la piciorul corespunzător, incizia tegumentelor se face la 1 cm. de marginea gangrenii net declarată; vascularizaţia lamboului redusă.

Închiderea complectă a plăgii.

Mersul post operator. Regim antidiabetic. Nimic anormal. Durerile dispărute. După opt zile se scot drenurile la bontul drept rămas în urma desarticulaţiei degetelor, se găseşte în cea mai perfectă stare. Marginile plăgii în urma desarticulaţiei degetelor, se găseşte în cea mai perfectă stare. Marginile plăgii în urma deslipirii pansamentului sângerau apreciabil.

La 10 zile se scot firele. Ambele plăgi reunite per-primam. La botnul drept plaga complect vindecată, la nivelul drenului este o zonă cu o vitalitate mai puţin accentuată.

OBSERVAŢIA XVII-a.

(D-l Dr. Nasta).

Gangreră complectă a piciorului propriu zis drept. Sympatectomie periarterială a femoralei şi amputaţia gambei la locul de electie. Vindecare.

Bolnavul I. R. de 60 ani din Alexandria în ziua de 20 Oct. 1922 intră în Sanatorul St. Vincent de Paul cu o gangrenă uscată a piciorului propriu zis şi cu dureri nevralgice extrem de accentuate care au necesitat administrarea de injecţiuni de morfină.

Bolnav de 1/2 an când au început durerile la degetul mare piciorl drept, în urma cărora s'a produs un mal perforant la acest deget pentru care s'a practicat desarticulaţia acestui deget în spitalul din Alexandria. Durerile n'au încetat şi plaga nu s'a vindecat rămânând atonă. Cu trei săptămâni înainte de a intra în sanatoriu, durerile s'au accentuat mai mult şi tulburări trofice au început să apară ajungând la gangrena piciorului în ziua când s'a prezentat la noi.

Starea Prezentă. Bolnavul bine desvoltat, tip congestiv, un alcoolic, nimic la cord. Prezintă o gangrenă uscată a piciorului drept, lipsa degetului mare dela acel picior şi un treneu de limfangită. Pulsul femoralei drepte în triunghiul lui Scarpa există. Al popliteei nu se simte.

21 Octombrie 1922. Operaţie. Sub Rachianestezie 0.05 cgr. stovaină 0.25 cgr. cafeină se practică de către d-l Dr. Nasta operaţia lui Leriche la jumătatea coapsei drepte, se găseşte artera ateromatoasă şi obliterată însă nu complect, căci tot se mai simţea pulsul şi un proces de periarterită în toată această zonă.

Operaţia se efectuează fără nici un incident. Terminată această intervenţiune pentru a asigura vitalitatea bontului se procedează imediat la amputaţia gambei la locul de elecţie. După secţiunea părţilor moi se observă o sângerare mijlocie. Operaţia regulată. A doua zi după intervenţie durerile dispărute complect. La 8 zile se scot firele, vindecare per-primam.

Am făcut operaţia lui Leriche pentru a asigura vitalitatea bontului, care se ştie că în amputaţiile gambei la locul de elecţie pentru o gangrenă întinsă până la articulaţia tibio-tarsiană rezultatele nu sunt sigure.

CONCLUZIUNI

1. Sympatectomia periarterială aplicată de Leriche în tulburările trofice și cauzalgie, consistă în denundarea tecei vasculare în care sunt cuprinse filetele nervoase sympatice.

2. Sympatectomia trebue practicată, *deasupra leziunei* și asupra arterei al cărei teritoriu de distribuție voim să-l modificăm, denudând-o circular pe o întindere de cel puțin 10 cm. Pentru membru inferior se ia artera fumurală la $^1/_2$ a ei, iar pentru membru superior artera humerală la $^1/_2$ brațului.

3. Sympatectomia este o operație fiziologică cu o technică definită, producând o vaso-constricție locală imediată și o vaso-dilatație periferică paralitică, având în plus și un rol analgesic.

4. Sympatectomia s'a întrebuințat cu *bune rezultate* în cauzalgie: ulcere trofice (mal perforant plantar, bonturi ulcerate), ulcere varicoase, atrofiile cutante (nesimptomatice și a căror cauză este încă necunoscută) în gangrena uscată, ulcerul cardiei inoperabil, etc.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei,
Prof. Dr. THOMA IONESCU

Decanul Facultății,
Prof. Dr. THOMA IONESCU

N. B.—In afară de subiectul tezei, candidatul e obligat a răspunde la ori-ce chestiune medicală, ce i se pune de către juriul de promoție

BIBLIOGRAFIE

1. **Grasset**: Anatomie clinique et centres nerveux.
2. **Letulle**: Les troubles fonctionels du pneumogastrique.
3. **Brown-Sequard**: La vie végétative (Soc. de biologie 1880-82).
4. **Prof. Marinescu**: Histologie du sympathique (nevraxe 1900.)
5. **J. C. Roux**: Les lésions du système grand sympathique dans le tabes.
6. **A. C. Guillaume**: Le sympathique et les systèmes associés.
7. **A. C. Guillaume**: Pathologie du sympathique.
8. **P. Harvier**: Pathologie des glandes endocrines.
9. **Leriche et Wertheimer**: L'état actuel de la chirurgie du sympathique. (Journal Medical français, juin 1921)
10. **Leriche**: Remarques cliniques sur les obliterations arterielles localisées; orientations nouvelles de leurs traitements, (Paris médical 2 juillet 1921).
11. **Leriche**: Sur la nature des ulcerations trophiques consecutives à la section du nerf sciatyque. (Lyon chirurghical, janvier 1921).
12. **Leriche**: Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris No. 5, 25, 26, 23, 1922).
13. **Prof. Th. Ionescu și Dr. Gomoiu**: Sympatectomia cervicotoracică în angina pectorală. (Revista de chirurgie, anul III, No. 5 și 6. București 1916).
14. Revista de chirurgie, anul XIV, No. 5 și 6, București 1922.